

LIS CAROLINE MARTINS

**AVALIAÇÃO DE CASOS DE
VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA A
CRIANÇA**

Santos

2011

Lis Caroline Martins

Análise de casos de Violência Doméstica Contra a Criança

Trabalho de Conclusão de Curso
Apresentado à Universidade Federal de São
Paulo – *Campus Baixada Santista* para
Obtenção do Grau de Psicólogo.

Santos
2011

Martins, Lis

Análise de Casos de Violência Doméstica Contra Criança / Lis
Caroline Martins, Santos, 2011.
52f.

Trabalho de conclusão de curso (Graduação) -
Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP – Campus
Baixada Santista, 2011.

Curso: Psicologia

Orientador: Adriana Marcassa Tucci

1. Violência Doméstica. 2. Criança. 3. Alcool I. Tucci, Adriana II.
Análise de Casos de Violência Doméstica Contra Criança. III. Unifesp –
Campus Baixada Santista.

CDD 150

Lis Caroline Martins

**Análise de Casos de Violência Doméstica Contra
Criança**

Banca Examinadora:

Prof^a. Dr^a. Adriana Marcassa Tucci

Prof. Dr. Ricardo da Costa Padovani

Aprovado em __/__/__

Dedico este trabalho aos meus pais,
que estiveram presente em todos os
momentos, apoiando e dando suporte.
Obrigada por acreditar em mim e
participar da realização desse sonho.

Agradecimentos

Gostaria de agradecer a todos que de alguma forma tornaram possível a realização deste trabalho, mas em especial quero agradecer:

À Prof^a. Dr^a. Adriana Marcassa Tucci, querida orientadora, que teve uma participação ativa durante todo o trajeto do trabalho, me ensinando a gostar de pesquisa.

À toda equipe do Centro de Valorização da Criança, em especial à Ana Maria Caramanos, que viabilizaram a coleta de dados no serviço e deram todo apoio que precisei durante a realização do trabalho.

À cada pessoa que participou da pesquisa dando seu depoimento, obrigada por compartilhar sua história comigo.

Aos meus amigos, especialmente aquelas que moram comigo, que acompanharam todo o processo, e compartilharam os momentos bons e os ruins durante os anos da graduação.

Às amigas de graduação, principalmente Luane Bastos e Suane Sousa, que auxiliaram na coleta de dados. A amizade foi essencial durante os anos de formação!

À minha família, alguns perto, outros longe, mas sempre uma fonte de apoio.

À Deus, que proporcionou a realização de um sonho e colocou pessoas especiais no meu caminho.

RESUMO

OBJETIVOS: Analisar casos de violência doméstica ocorridos contra crianças que estão em atendimento em um serviço público de saúde mental para crianças no Município de Santos. Além disso, buscou-se compreender a relação entre o uso de álcool e ocorrência da violência contra criança, verificar a frequência em que os responsáveis pelas crianças foram também vítimas de violência na infância, averiguar se os responsáveis têm consciência das consequências dos atos violentos contra a criança, e verificar a frequência do uso abusivo e/ou dependência de álcool entre os responsáveis identificados como os agressores.

METODOLOGIA: Os propósitos e características da investigação deste projeto orientaram a opção pelo uso de metodologia de natureza qualitativa. No entanto, foram também utilizados instrumentos quantitativos para maior compreensão do problema. Foram realizadas entrevistas em profundidade norteadas por um roteiro semi-estruturado. As entrevistas foram gravadas mediante consentimento dos entrevistados. Para avaliação dos dados sócio-econômicos foi utilizado o Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB). Para avaliação da presença de traumas na infância dos responsáveis foi utilizado o *Childhood Trauma Questionnaire* (CTQ). Para avaliação do consumo de bebidas alcoólicas foi utilizado o *Alcohol Use Disorders Identification Test* (AUDIT). Foram convidados a participar do estudo 11 responsáveis por crianças que estão em acompanhamento no serviço. Aqueles que concordaram em participar do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

CONCLUSÃO: Pais que foram vítimas de violência infância tendem a repetir esse padrão com seus filhos. A partir disso sugere-se a necessidade de identificar esses pais, informando e conscientizando-os sobre as consequências de tal comportamento e oferecendo outras possibilidades que não a violência. Além disso, muitos dos pais têm dificuldades em lidar com questões de comportamento de seus filhos, optando pela punição física e abuso emocional por não terem conhecimento de outros métodos. Através dos dados deste estudo, percebe-se a importância de realizar um trabalho preventivo, que contemple as dúvidas e questões que os responsáveis têm sobre educação, promovendo um espaço para escuta, informação e orientação desses responsáveis. É importante identificar responsáveis que fazem uso abusivo ou já apresentam traços de dependência de álcool e promover um acompanhamento a fim de diminuir o risco de exposição a situações de violências e aos danos causados às crianças. Os resultados deste estudo poderão contribuir para a formulação de políticas públicas de prevenção e assistência à criança vítima de violência doméstica.

PALAVRAS CHAVE: VIOLÊNCIA DOMÉSTICA, CRIANÇA, ALCÓOL.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	9
1.1. Conceituação da violência	9
1.2. Dados epidemiológicos	12
1.3. Conseqüências da violência contra crianças	15
1.4. Questões norteadoras do estudo	17
2. OBJETIVOS	18
2. 1. Objetivo Geral	18
2.2. Objetivos Específicos	18
3. MATERIAIS E MÉTODOS	19
3.1. Local de Pesquisa	19
3.2. Sujeitos	20
3.3. Procedimentos	21
3.4. Coleta de Dados e Instrumentos Utilizados	21
3.4.1. Caracterização sócio-econômica e demográfica	21
3.4.2. Negligência (emocional ou física) e abuso (emocional, físico ou sexual) entre os pais das crianças	22
3.4.3. Avaliação do consumo de bebidas alcoólicas	23
3.4.4. Entrevistas em profundidade	24
3.5. Análise de dados	24
4. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	27
5. DIFICULDADES ENCONTRADAS	27
6. RESULTADOS E DISCUSSÃO	29
7. CONCLUSÕES	37
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	39
9. ANEXOS	44

1. INTRODUÇÃO

A presente pesquisa surgiu a partir de vivências do estágio no Centro de Valorização da Criança – Centro Histórico em Santos, serviço que faz parte da rede municipal de saúde da Prefeitura de Santos e que tem com atribuição o cuidado à Saúde Mental de Crianças. Nesse serviço chegam diariamente casos de mães que convivem com parceiros violentos que agridem seus filhos, pais que não conseguem lidar com a falta de limites dos filhos e utilizam os mais diversos tipos de agressão como forma de punição e disciplina; crianças que são abusadas sexualmente, pais violentos que fazem uso de álcool, entre outros tipos de situações semelhantes a essas.

Sabe-se que a violência contra crianças permeia todas as classes sociais (Instituto de Psicologia da USP, 2010), ela acompanha as trajetórias da humanidade e manifesta-se de diferentes formas e intensidade, conforme diferentes momentos históricos e sociais, em acordo com os aspectos culturais, podendo transformar vítimas em agressores (Costa et al. 2007). Segundo Belsky (1980), a violência resulta da determinação múltipla de forças que atuam na família, no indivíduo, na comunidade e na cultura em que esse indivíduo e a família estão implicados.

1.1. Conceituação de violência

Há a necessidade de compreender a violência em suas diferentes manifestações, a fim de entender suas conseqüências para o desenvolvimento da criança. A Organização Mundial de Saúde (OMS) em seu relatório mundial sobre Violência e Saúde, definiu a violência como: “uso da força física ou do poder real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha qualquer possibilidade de resultar em lesão,

morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação” (WHO, 2002). Etimologicamente, a palavra “abuso” indica separação, afastamento do uso normal. O abuso é, ao mesmo tempo, um uso errado e um uso excessivo. Não há uso permitido, pois abusar é precisamente ultrapassar os limites e, portanto, transgredir, contém ainda a noção poderio, situação na qual a intenção e a premeditação estão presentes. “Maus-tratos” abrange tudo o que uma pessoa faz e concorre para o sofrimento e a alienação de outra”(Azevedo, 1989) .

A criança como vítima é sacrificada ao interesse de outro (Azevedo, 1989). Segundo Azevedo e Guerra (2001), a violência doméstica pode ser definida como “todo ato ou omissão, praticado por pais, parentes ou responsáveis contra crianças e/ou adolescentes que, sendo capaz de causar dano físico, sexual e/ou psicológico à vítima, implica numa transgressão do poder/dever de proteção do adulto e, por outro lado, numa coisificação da infância, isto é, numa negação do direito que crianças e adolescentes têm de ser tratados como sujeitos e pessoas em condição peculiar de desenvolvimento. Em relação à natureza da violência podem ser destacadas quatro grandes categorias: física, sexual, psicológica e negação ou negligência.

A Violência Física corresponde ao emprego de força física no processo disciplinador de uma criança, é toda a ação que causa dor física, desde um simples tapa até o espancamento fatal. Geralmente os principais agressores são os próprios pais ou responsáveis que utilizam essa estratégia como forma de domínio sobre os filhos. É muito difundida em nossa cultura a díade disciplina-castigo, freqüentemente utilizada para justificar castigos corporais como maneira para educar e corrigir transgressões de comportamento.

A Violência Sexual é todo o ato ou jogo sexual entre um ou mais adulto e uma criança, tendo por finalidade estimular sexualmente esta criança, ou utilizá-la para obter satisfação sexual. É importante considerar que no caso de violência, a criança é sempre vítimas e jamais culpados e que essa é uma das violências mais graves pela forma como afeta o físico e o emocional da vítima (Azevedo & Guerra, 2001). Na criança quando o ato sexual é seguido de violência física há seqüelas visíveis: equimoses, lacerações, infecções. Porém, as conseqüências afetivas são, provavelmente, as mais graves e difíceis de avaliar: sentimento de culpa, angústia, depressão, dificuldades de relacionamento e sexuais na fase adulta, etc. O abuso sexual infantil é uma das formas mais ocultas de maus-tratos, pois a criança tem medo de falar, e quando o faz, o adulto tem medo de ouvi-la (Azevedo, 1989).

A Violência Psicológica é toda interferência negativa do adulto sobre as crianças, formando nas mesmas um comportamento destrutivo. Ocorre quando o adulto constantemente deprecia a criança, bloqueia seus esforços de auto-aceitação, causando-lho grande sofrimento mental (Azevedo, 1989). Existem mães que sob o pretexto da disciplina ou da boa educação, sentem prazer em submeter os filhos a vexames, sua tarefa mais urgente é interromper a alegria de uma criança através de gritos, queixas, comparações, palavrões, chantagem, entre outros, o que pode prejudicar a autoconfiança e auto-estima. A Negligência pode ser considerada como descuido, ausência de auxílio financeiro, colocando a criança em situação precária: desnutrição, baixo peso, doenças, falta de higiene (Azevedo & Guerra, 2001).

1.2. Dados epidemiológicos

No Brasil a violência exercida por pais ou responsáveis contra suas crianças e adolescentes é considerada pelo Ministério da Saúde como um problema de saúde pública. Tamanha é a sua expressividade que a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências deste Ministério determina como devem ser tratadas e notificadas as ocorrências deste fenômeno, apoiando as preocupações daqueles que exercem atividades que os fazem deparar-se cotidianamente com seus efeitos e conseqüências (Silva, 2002).

Dados da Organização Mundial da Saúde (1997) revelam que uma a cada 5000 a 10000 crianças em todo o mundo morre a cada ano em decorrência de violência física, valores esses que, provavelmente, são na realidade ainda maiores devido à ocultação comum de tal tipo de óbito na maioria das sociedades.

A Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE, 2009) investigou a ocorrência de agressão física por um adulto da família. Este tipo de violência é na maioria das vezes encoberto e revela uma triste realidade, a família, da qual se espera a proteção e o apoio, pode também ser fonte de risco. Os resultados da PeNSE revelaram que 9,5% dos escolares sofreram agressão por algum adulto da família.

Com relação à violência sexual, há poucos estudos sobre essa temática no Brasil, o que faz com que desconheçamos a proporção de crianças afetadas. A literatura internacional indica que apenas 3% dos casos são reportados (França-Junior, 2003)

Um estudo realizado no Município de Caxias do Sul com análise de 100 casos de crianças e adolescentes atendidos no Ambulatório de Maus Tratos constatou um significativo predomínio de abuso sexual (59%) e de vítimas do sexo feminino (77%).

A maioria dos abusos ocorreu com crianças entre seis e nove anos de idade (35%), sendo o pai o principal responsável pelas agressões verificadas (33%). A confirmação diagnóstica da ocorrência de maus tratos foi possível em 58% dos casos (Lorenzi et al. 2001) Em outro estudo, feito em Porto Alegre, foram incluídos 1.193 adolescentes, representando 10,3% dos alunos matriculados na oitava série da rede estadual da cidade. Vinte e sete (2,3%) adolescentes relataram ter sido vítimas de violência sexual, 54 (4,5%) ter sido testemunhas de algum tipo de violência sexual e 332 (27,9%) relataram conhecer alguém que tenha sido vítima de violência sexual (Polanczyk, 2003).

Estudos realizados em outros países têm evidenciado que o consumo de álcool está relacionado com a prática de violência contra crianças, principalmente no ambiente doméstico (Ertem, 2000; Locke & Newcomb, 2003; 2004).

O abuso de álcool está associado a vários problemas médicos e sociais, inclusive o desenvolvimento de dependência e a facilitação de comportamentos agressivos e envolvimento com atividades ilegais (Tucci, 2005). Estudos mostram que há alta proporção de domicílios brasileiros com histórico de violência e os agressores sob efeito do álcool. Além disto, apontam que episódios de violência doméstica que envolvem o uso do álcool tendem a ser mais graves e aumentar as chances da ocorrência de diferentes tipos de violência. A baixa procura por ajuda em serviços de saúde indica a importância da detecção ativa de casos de violência domiciliar (Fonseca et al. 2009).

As estimativas da prevalência do abuso de álcool e outras drogas no Brasil variam, dependendo dos estudos epidemiológicos realizados. Vários levantamentos realizados no Brasil com população estudantil (Galduróz et al., 1997; Noto et al., 1997; Baus et al., 2002; De Micheli & Formigoni, 2004) e com a população geral

(Carlini et al., 2002; 2006) confirmaram que o início do consumo de álcool e de outras drogas tem ocorrido cada vez mais precocemente.

No levantamento domiciliar brasileiro realizado por Carlini et al. em 2001, e no qual foram incluídas amostras das 107 maiores cidades do Brasil (Carlini et al., 2002; Galduróz et al., 2005) observou-se que o uso na vida de qualquer droga psicotrópica, excetuando-se álcool e tabaco, foi de 19,4%, muito menor que os 38,9% dos EUA (SAMHSA, 2002). A taxa de dependência de álcool foi de 11,2%, semelhante aos resultados encontrados em outros países. O uso na vida de maconha, a droga mais citada na pesquisa, foi relatado por 6,9%, uma prevalência muito mais baixa do que a relatada nos EUA (34,2%). Também o uso na vida de solventes (5,8%) foi aproximadamente 10 vezes menor do que foi relatado no Reino Unido (20%, dados do E.M.C.D.D.A. - European Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction, 1999). O uso na vida de cocaína foi relatado por 2,3%, frequência aproximadamente cinco vezes menor que nos EUA (11,2%). Houve relato de uso na vida de heroína em apenas 0,04%, embora tenha havido uma percepção surpreendentemente alta relativo à facilidade de sua obtenção: 21,1% dos respondentes consideravam que era uma droga fácil de se obter.

O último levantamento populacional realizado no Brasil a respeito do uso de drogas psicotrópicas mostrou que a estimativa de dependentes de álcool foi de 12,3%, sendo que foi observada maior taxa de dependentes entre o sexo masculino. A relação entre o uso e dependência mostrou que de cada quatro pessoas do sexo masculino que fazem uso na vida de álcool, uma delas torna-se dependente, enquanto que a proporção para o sexo feminino foi de 10:1 (Carlini, 2006).

Vários estudos da literatura tem evidenciado a relação entre o uso de álcool e violência (Fonseca et al., 2009; Graham et al., 2004; 2008; Leonard et al., 2005;

Locke & Newcomb, 2004; Oliveira et al., 2009; Tucci et al., 2010), principalmente nos casos de violência domiciliar, sendo que a relação entre o uso de álcool pelos pais e a prática de violência contra a criança ainda está pouco estabelecida.

Em pesquisa realizada na região metropolitana de São Paulo foram entrevistados 7.939 domicílios, sendo que em 33,5% foi relatado histórico de violência domiciliar dos quais em 17,1% os agressores estavam sob efeito do álcool. Os tipos de violência mais freqüentemente encontrados associados com uso de álcool foram: discussões direcionadas a pessoas do domicílio (81,8%), escândalos não direcionados a alguém específico (70,9%), ameaça de agressão física (39,5%) e de quebra de objetos (38,7%), agressões físicas (27,8%), com armas (5,5%) e abuso sexual (3,2%). Mais da metade dos agressores era morador do domicílio, sendo que 88,8% deles era do sexo masculino. A maioria das vítimas era do sexo feminino (63,9%); 33,9% eram esposas e 18,2% filhos (Fonseca et al. 2009).

1.3. Conseqüências da violência contra crianças

A violência contra crianças e o adolescentes, nas suas variadas formas, é uma grave violação dos seus direitos fundamentais definidos por lei na Constituição de 1988, em acordo com a convenção das Nações Unidas sobre os Direitos da Criança, e regulamentados no Estatuto da Criança e do Adolescente - ECA (1990). Este determina que "nenhuma criança ou adolescente será objeto de qualquer forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão", sendo "dever de todos prevenir a ocorrência de ameaça ou violação dos direitos da criança e do adolescente".

Uma pesquisa feita com pacientes que estavam em tratamento para dependência de álcool/drogas ou depressão em ambulatórios especializados da

Faculdade de Medicina da UNESP/Botucatu, e um grupo controle no qual os pacientes foram recrutados em um serviço de atenção primária à saúde obteve dados que sugerem existir maior concomitância de histórias de abuso e/ou negligência na infância, co-morbidade psiquiátrica e história familiar permeada por conflitos nos grupos de pacientes estudados do que no grupo controle (Tucci, 2005).

Existem evidências de que o fato de crianças presenciarem atos de violência entre os pais pode ser um fator de risco importante para a perpetuação da violência nos relacionamentos interpessoais na vida adulta (Rosas e Cionek, 2006). Além disso, estudos também relatam que fatores de risco psicossociais, como a convivência de crianças com pais dependentes de álcool, podem interferir no desenvolvimento infantil e aumentar a vulnerabilidade ao alcoolismo (Tondowski, 2008). Foi constatado que as crianças que presenciam a violência conjugal possuem risco mais elevado de apresentarem ansiedade, depressão, baixo rendimento escolar, baixa auto-estima, pesadelos, e conduta agressiva (Day, 2003).

As conseqüências da violência doméstica podem ser muito sérias, pois crianças e adolescentes aprendem com cada situação que vivenciam, seu psicológico é condicionado pelo social e o primeiro grupo social que a criança e adolescente tem contato é a família. O meio familiar ainda é considerado um espaço privilegiado para o desenvolvimento físico, mental e psicológico de seus membros, um lugar “sagrado” e desprovido de conflitos (Rosas e Cionek, 2006). A criança está em processo de desenvolvimento, e é importante que a família propicie condições para que isso ocorra de forma saudável.

1. 4. Questões norteadoras do estudo

- Qual a relação entre uso de álcool e a prática de violência domiciliar contra a criança?
- Os responsáveis pelas crianças que foram vítimas de algum tipo de violência na infância tendem a reproduzi-la?
- A quantidade de álcool consumida tem relação com a maior gravidade da violência ou o tipo de violência cometida?
- As vítimas denunciaram o agressor? Se não, por quê?
- Os responsáveis pela criança têm consciência das consequências da violência para o desenvolvimento da criança e adolescente?

2. OBJETIVOS

2.1. Geral

- Analisar casos de violência domiciliar ocorridas contra crianças.

2.2. Objetivos Específicos

- Compreender a relação entre o uso de álcool e violência domiciliar contra a criança.
- Verificar como a quantidade de álcool ingerida interfere no tipo de violência e na intensidade em que ela ocorre.
- Determinar a frequência em que os responsáveis pelas crianças foram também vítimas de violência na infância.
- Verificar a frequência do uso abusivo e/ou dependência de álcool entre os responsáveis identificados como os agressores.
- Verificar o numero de vitimas que denunciaram o agressor.
- Analisar, nos casos em que o agressor não foi denunciado na delegacia de polícia ou Conselho Tutelar, as razões pelas quais a denúncia não foi realizada.
- Verificar se os responsáveis pela criança têm consciência das conseqüências dos atos violentos contra a criança.

3. MATERIAL E MÉTODOS

Os propósitos e características da investigação deste projeto orientaram a opção pelo uso de metodologia de natureza qualitativa, no entanto, foram também utilizados instrumentos quantitativos para maior compreensão do problema a ser investigado. O resultado buscado foi o de maximizar o alcance e minimizar a limitação de cada uma das técnicas empregadas na produção de dados.

3.1. Local da pesquisa

O Centro de Valorização da Criança – Centro Histórico de Santos (CVC) é um equipamento de referência em saúde mental da criança na cidade de Santos e caracteriza-se como ambulatório ampliado e especializado. Desenvolve ações de intenção psicossocial com enfoque em promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e inserção social dirigidas a crianças de zero a doze anos incompletos que apresentam alterações comportamentais/emocionais, de comunicação oral e/ou escrita, vítimas de violência e portadores de transtornos mentais.

A equipe do CVC é composta por profissionais das seguintes áreas: assistente social, psicólogo, fonoaudiólogo, médico psiquiatra, acompanhante terapêutico, oficial administrativo, ajudante geral e chefe de seção. As atividades desenvolvidas incluem acolhimento, processo de avaliação, planejamento das atividades terapêuticas, atendimentos psicoterápicos, de orientação familiar, oficinas terapêuticas, e visitas domiciliares.

A entrada no serviço pode dar-se por demanda espontânea, encaminhamento da rede referenciada, escolas, conselhos tutelares ou promotoria/judiciário. As crianças em tratamento devem vir acompanhadas pelo pai e/ou mãe ou responsável

devidamente autorizado, que deverá permanecer na unidade durante o período do atendimento.

Existem três unidades do Centro de Valorização da Criança no Município de Santos. Os atendimentos da população ocorrem a partir da divisão em territórios. O CVC no qual as entrevistas foram realizadas está localizado no bairro Vila Mathias e abrange 19 bairros nas regiões do centro, morros e área continental da cidade.

A população que reside nos bairros do centro e nos morros recebe atendimento na própria unidade do CVC. O atendimento da população que reside na área continental é realizado no bairro de Caruara, em um Centro Comunitário. Uma vez por semana a prefeitura de Santos cede um carro para uma equipe composta por psicólogo, fonoaudiólogo e assistente social se deslocar da unidade do centro para a área continental, percorrendo aproximadamente 40 quilômetros para chegar ao local a fim de realizar os atendimentos.

3.2. Sujeitos

Foram incluídos no estudo 14 (catorze) sujeitos identificados como os agressores pelos técnicos do serviço. Esses sujeitos são os responsáveis pelas crianças entre 2 e 12 anos incompletos que estão em atendimento no Centro de Valorização da Criança (CVC) do Centro Histórico de Santos. Como critério de exclusão considerou-se os casos que não apresentavam algum tipo de punição física ou abuso emocional a fim de lidar com as queixas de comportamento das crianças. Dos 14 sujeitos, 3 foram excluídos por preencherem os critérios de exclusão acima mencionados; 10 eram residentes da região central do município e 4 da área continental. Dos excluídos, 2 pertenciam à área continental e 1 à área da

região central. Neste estudo foram então incluídos na análise 11 sujeitos e as respectivas entrevistas foram analisadas.

3.3. Procedimentos

A inclusão dos responsáveis se deu a partir da identificação, pelos profissionais do CVC, dos casos em que ocorreu violência domiciliar contra a criança ou havia suspeita de ter ocorrido. A entrevista com os responsáveis pela criança foi realizada no mesmo dia em que a criança estava em atendimento pelo profissional do serviço para facilitar o acesso ao responsável.

Após convite aos responsáveis para participação na pesquisa, aceite e consentimento, com leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (modelos de TCLE no Anexo1), foram aplicados os instrumentos e entrevista em profundidade. A aplicação de cada um dos instrumentos tem duração aproximada de 10 a 20 minutos e a entrevista em profundidade de 1 hora.

3.4. Coleta de dados e instrumentos utilizados

3.4.1. Caracterização sócio-econômica e demográfica

Para avaliação dos dados sócio-econômicos foi utilizado o Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB) (Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa, 2010). O CCEB é utilizado no Brasil para avaliação do nível da classe econômica nos grandes censos populacionais e enfatiza o poder de compra das pessoas e famílias urbanas, abandonando a classificação da população em termos de “classes sociais”. Os dados demográficos avaliados foram: sexo, idade, raça e religião.

3.4.2. Negligência (emocional ou física) e abuso (emocional, físico ou sexual) entre os pais das crianças

Os responsáveis pelas crianças foram avaliados em relação à presença de traumas na infância pelo *Childhood Trauma Questionnaire* (CTQ) (Bernstein & Fink, 1998) (Anexo 2), um questionário, composto por 28 itens, que avalia experiências retrospectivas de abuso e negligência durante a infância. Este instrumento foi padronizado e validado por Bernstein e Fink (1998) em pacientes com dependência de álcool e drogas, pacientes psiquiátricos e população geral; e apresentou bons índices de consistência interna e confiabilidade (Bernstein et al., 1994; Bernstein et al., 1997, 2003). A pontuação é feita em uma escala de cinco pontos (tipo Likert), variando de "nunca" a "freqüentemente", de acordo com a freqüência com que as experiências ocorreram, sendo que maior pontuação indica maior intensidade de problemas. De acordo com as normas do manual considera-se a seguinte intensidade: *abuso emocional*: nenhum ou mínimo: 5-8; leve a moderado: 9-12; moderado a grave: 13-15; grave a extremo: ≥ 16 ; *abuso físico*: nenhum ou mínimo: 5-7; leve a moderado: 8-9; moderado a grave: 10-12; grave a extremo: ≥ 13 ; *abuso sexual*: nenhum ou mínimo: 5; leve a moderado: 6-7; moderado a grave: 8-12; grave a extremo: ≥ 13 ; *negligência emocional*: nenhum ou mínimo: 5-9; leve a moderado: 10-14; moderado a grave: 15-17; grave a extremo: ≥ 18 ; *negligência física*: nenhum ou mínimo: 5-7; leve a moderado: 8-9; moderado a grave: 10-12; grave a extremo: ≥ 13 . Os pontos de corte em cada sub-item do CTQ que serão utilizados neste estudo para ter sido considerado como vítima de abuso ou negligência durante a infância são os descritos por Bernstein e Fink (1998) no manual do instrumento: para abuso emocional > 8 ; para abuso físico > 7 ; para abuso sexual > 5 ; para negligência emocional > 10 ; e para negligência física > 7 . Esta definição dos pontos de corte foi

relatada pelos autores como sendo a que detectaria mesmo os casos menos graves, maximizando o teste de sensibilidade e mantendo a especificidade a níveis aceitáveis.

O questionário requer um tempo de aplicação de 10-15 minutos e pode ser utilizado com adolescentes ou adultos. A versão em português do instrumento foi feita pela orientadora deste projeto (Tucci, 2005), seguindo processo de tradução, retro-tradução por pessoa independente e bilíngüe, seguida por uma aplicação em amostra piloto, até ser atingida uma forma final adequada. valiação do consumo de bebidas alcoólicas

3.4.3. Consumo de álcool pelos responsáveis

Foi utilizado o Alcohol Use Disorders Identification Test - AUDIT (BABOR et al., 1992) (Anexo 3). Este instrumento foi desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde (OMS), traduzido e adaptado para o Brasil por FIGLIE et al. (1997) e tem como finalidade identificar pessoas com consumo de risco, uso nocivo e dependência de álcool. O AUDIT consiste de 10 questões que avaliam o consumo de álcool nos últimos 12 meses. Os três primeiros itens medem a quantidade e frequência do uso regular de álcool. As outras três questões verificam a ocorrência de sintomas de dependência e as últimas quatro são a respeito de problemas recentes na vida, que possam estar relacionados ao consumo de bebidas alcoólicas; têm por objetivo identificar possíveis dependentes de álcool. O escore varia de 0 a 40 e uma pontuação superior a oito indica a necessidade de um diagnóstico mais específico.

3.4.4. Entrevistas em profundidade

As entrevistas foram norteadas por um roteiro semi-estruturado e gravadas mediante consentimento dos entrevistados. O roteiro da entrevista consistiu de questões sobre métodos utilizados pelos responsáveis para lidar com problemas de comportamento dos filhos, consumo de álcool pelos responsáveis pela criança no momento em que a violência aconteceu, concepção que os responsáveis pela criança têm a respeito da intensidade da violência, da sua relação com o consumo de álcool e com os acontecimentos da sua infância, do conhecimento das consequências para a criança, dos sentimentos produzidos no agressor e se observaram algum comportamento diferente na criança.

3.5. Análise dos dados

Os dados quantitativos foram analisados através de análise descritiva (média, desvio padrão e frequência).

Foi realizada leitura flutuante do material coletado nas entrevistas, buscando os sentidos tanto no discurso manifesto, quanto no latente, que a pesquisa procurou investigar. As entrevistas gravadas e transcritas foram analisadas a partir da identificação de temas específicos considerados relevantes à compreensão dos significados do objeto estudado (Minayo, 1992). As entrevistas em profundidade foram analisadas considerando os seguintes procedimentos: leitura exaustiva de cada entrevista, estabelecimento de categorias temáticas, organização e análise do material segundo as categorias temáticas e cotejamento dos conteúdos das categorias com a literatura existente sobre a temática e com as referências teóricas que norteiam a pesquisa. As categorias temáticas foram criadas durante a análise dos dados.

As entrevistas foram analisadas a partir de temas, sendo eles: métodos utilizados pelos pais para lidar com os problemas de comportamento dos filhos; justificativa da violência; sentimentos experimentados pelo autor após o episódio da violência; concepção das consequências da violência para as crianças; repetição do padrão de comportamento aprendido na família de origem, e consumo de álcool pelo responsável no momento em que a violência ocorreu.

Dentro desses temas foram estabelecidas categorias, a fim de que as respostas pudessem ser agrupadas. O conjunto de categorias foi feito de maneira exaustiva, sendo suficiente para incluir todas as respostas e organizadas de tal maneira que não fosse possível colocar determinadas respostas em mais de uma categoria do conjunto. (Gil, 2009)

No tema “Métodos Utilizados Pelos Pais para Lidar com os Problemas dos Filhos” foram estabelecidas as categorias: punição física sem abuso emocional; punição física com abuso emocional e abuso emocional sem punição física. Como punição física levou-se em conta qualquer tipo de castigo corporal. Como abuso emocional considerou-se a *negligência afetiva*, que consiste numa falta de responsabilidade e interesse para com as necessidades e manifestações da criança, e a *rejeição afetiva*, caracterizada por manifestações de depreciação e agressividade para com a criança. (Azevedo, 2007)

Dentro do tema “Justificativa da Violência” foram criadas as categorias: como forma de educação; como repetição de padrões familiares e como resposta a situações estressantes vividas pelo responsável.

No tema “Sentimentos Experimentados pelo Autor após a Violência” foram estabelecidas as seguintes categorias: presença do sentimento de culpa e não consegue relatar sentimento. Na categoria presença do sentimento de culpa foram

incluídos os sujeitos que relatavam ter esse sentimento ou que experimentaram algum tipo de arrependimento após a violência. Considerou-se na categoria não consegue relatar sentimento, os indivíduos que cometeram violência contra a criança e a consideram como um método eficaz, mas não manifestaram sentimento nenhum tipo de culpa ou arrependimento e também aqueles que não conseguiram discriminar o que sentiram ou não conseguiram perceber seus atos como uma forma de violência.

Dentro do tema “Concepção das Conseqüências da Violência para as Crianças” foram determinadas as categorias: positiva, negativa e neutra.

No tema “Repetição do Padrão de Comportamento Aprendido na Família de Origem” as categorias são: igual, diferente e não percebe relação. Foram incluídos na categoria “igual”, aqueles que eram vítimas de violência na infância e hoje repetem esse padrão de comportamento, na categoria “diferente” estão aqueles que não foram vítimas de violência na infância, mas hoje utilizam a violência como forma de punição, e na categoria “não percebe relação”, os indivíduos que foram vítimas de violência na infância, repetem o padrão aprendido, mas não conseguem perceber relação entre esses dois fatos.

No tema “Consumo de Álcool pelo Responsável no Momento em que a Violência Ocorreu” foram estabelecidas as categorias há relato de consumo de álcool e cometer violência e não há relato de consumo de álcool e cometer violência

Após o estabelecimento das categorias e organização do conteúdo foi verificada a frequência das respostas dentro de cada tema e analisados os respectivos conteúdos.

4. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Santos para aprovação e autorização da realização do estudo, tendo recebido parecer *aprovado*.

Este estudo foi também submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da UNIFESP, sendo aprovado em 10 de dezembro de 2010, sob o número de registro CEP 1878/10 (Anexo 4). A coleta de dados iniciou-se após aprovação.

Aqueles que concordam em participar do estudo assinam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Anexo 1) que foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da UNIFESP. Só participaram aqueles que voluntariamente o desejaram, sendo assegurado o sigilo de suas respostas e possibilidade de desistir a qualquer momento, sem sanções.

5. DIFICULDADES ENCONTRADAS

Algumas dificuldades foram encontradas durante a execução desse projeto. Primeiramente, a aprovação junto à Secretária Municipal de Saúde de Santos demorou quatro meses para ser ocorrer. Devido a isso, a aprovação da pesquisa no Comitê da Ética em Pesquisa da UNIFESP só ocorreu no dia 10 de dezembro de 2010.

Desse modo, a coleta de dados só iniciou-se em dezembro. Além disto, nos meses de dezembro e janeiro, o serviço onde ocorreram as entrevistas não faz atendimentos devido às férias escolares. Quando as atividades retornaram, no mês de fevereiro, houve uma reestruturação da composição e horário dos grupos terapêuticos, a fim de adaptá-los de acordo com o período em que as crianças

estudam. Assim, as entrevistas puderam efetivamente ser iniciadas a partir do mês de março deste ano.

Somando-se às dificuldades acima referidas, no mês de abril deste ano a prefeitura de Santos solicitou a mudança do local do CVC para outro espaço físico. Em função disto, os atendimentos ficaram suspensos por três semanas.

Desse modo o tempo hábil para coleta de dados ficou bastante reduzido, não sendo possível atingir o número de entrevistas propostas.

6. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dentre os onze entrevistados, 72,7% (N = 8) eram mulheres; 81,8% (N = 9) eram católicos, 9,1% (N = 1) ateu e 9,1% (N = 1) espírita. Em relação à raça, 54,5% (N = 6) consideram-se brancos; 36,3% (N = 3) pardos e 18,1% (N = 2) negros. A partir do CCEB observou-se que 62,7% (N = 8) dos entrevistados pertencem à classe C2; 18,1% (N = 2) à classe C1 e 9,1% (N = 1) à classe E.

Os resultados do CTQ (frequência, média e desvio padrão) estão apresentados na tabela 1.

Tabela 1. Frequência de histórias de abuso e negligência encontrada nos voluntários

	Frequência (%)	Média	Desvio Padrão
Abuso Físico	45,4	9,9	6,2
Abuso	54,5	10,7	6,6
Emocional			
Abuso Sexual	27,2	6,7	3,7
Negligência	54,5	11,9	6,5
Emocional			
Negligência	54,5	10,1	5,8
Física			

Dos sujeitos entrevistados, 45,4% (N = 5) revelaram que sofreram algum tipo de Abuso Físico (ABF) na infância; 54,5% (N = 6) foram vítimas de Abuso Emocional (ABE); 27,2% (N = 3) foram vítimas de Abuso Sexual (ABS); 54,5% (N = 6) sofreram Negligência Emocional (NE) e 54,5 (N = 6) Negligência Física (NF). Esses dados mostram que essas frequências são mais elevadas do que as encontradas em estudos da literatura internacional com população geral. Além disto, esses dados sugerem que muitos dos responsáveis que cometem atualmente violência contra seus filhos também foram vítimas da mesma situação em suas infâncias. Estudos têm mostrado que vários aspectos da violência familiar se reproduzem ao longo das gerações. (Tondowski, 2008)

Com relação à gravidade do ABF, 54,5% (N=6) relataram ter sofrido nenhum ou mínimo; 18,1% (N=2) leve a moderado e 27,2% (N=3) grave a extremo. Quanto ao ABE, 45,4% (N=5) relataram nenhum ou mínimo; 27,2% (N=3) leve a moderado e 27,2% (N=3) grave a extremo. Dentre as vítimas de ABS, 72,7% (N=8) relataram nenhum ou mínimo; 9,1% (N=1) leve a moderado e 18,1% (N=2) grave a extremo. Quanto a NE, 45,4% (N=5) foram vítimas de nenhuma ou mínima; 18,1% (N=2) de leve a moderado; 18,1% (N=2) de moderado a grave e 18,1% (N=2) de grave a extremo. Em relação à NF 45,4% (N=5) apresentaram nenhuma ou mínima; 9,1% (N=1) de leve a moderado; 9,1% (N=1) de moderado a grave e 36,3% (N=4) de grave a extremo.

De acordo com o AUDIT, 18,1% (N=2) dos entrevistados apresentaram dependência de álcool, e 81,8% (N=9) não apresentaram consumo de risco. Entre os nove indivíduos que não apresentaram consumo de risco quatro consomem algum tipo de álcool, porém não obtiveram escore que sugerisse a necessidade de diagnóstico mais específico. Apesar deste estudo não ter se proposto a fazer análise

inferencial entre as variáveis, pode-se pensar que o álcool é um forte propulsor a se cometer violência contra criança. Um estudo realizado com vítimas de agressão física, realizado num pronto-socorro em São Paulo, encontrou dados que corroboram a correlação de maior vitimização por agressão física e ingestão alcoólica (Gianini, 1999). Este risco não está relacionado só a consumidores pesados, mas também a bebedores eventuais, leves e moderados. (Cherpitel, 1990)

Nas entrevistas realizadas neste estudo observou-se que 54,5% (N=6) utilizam a punição física sem abuso emocional como forma de lidar com os problemas de comportamento dos filhos; 27,2% (N=3) utilizam a punição física com abuso emocional e 18,1% (N=2) utilizam o abuso emocional sem punição física. O abuso emocional ocorre quando os adultos sistematicamente depreciam as crianças, bloqueiam seus esforços de auto-estima e as ameaçam de abandono e crueldade. Essa forma de relacionamento, é difícil de ser quantificada, provoca grandes prejuízos à formação da identidade e da subjetividade, gerando pessoas medrosas ou agressivas e que, dificilmente, aportarão à sociedade todo o potencial que poderiam desenvolver (LIMA, 2004). Exemplos deste tipo de comportamento podem ser percebidos na manifestação dos responsáveis a seguir:

“Eu falo assim, se vocês não pararem eu vou deixar vocês com o pai de vocês! Vocês querem morar com o pai de vocês? Porque o pai de vocês não vai ter o tempo pra vocês que eu tenho! Ele não ta nem aí, ele vai ligar a televisão, vai sair e vai largar vocês”;

“Ah xingo! Essa semana eu falei que ia matar eles tudo de faca! Falei mesmo!”.

Entre os que utilizam a punição emocional sem punição física observou-se um caso de negligência como consequência do uso do álcool. Esse pai esteve entre

aqueles que a dependência de álcool foi detectada através do escore do AUDIT. Como consequência do uso da bebida não tem condições de dar cuidados necessários à sua filha. Segundo este responsável:

“como eu era sozinho não pude ficar com ela. Aí pro conselho não pegar ela, a minha vizinha lá, inclusive ela quer até adotar ela, pro conselho não pegar, porque sabe, hoje em dia né, a criança não pode ficar sozinha...”

Em outro momento ele relata:

“O C. é do conselho e ele falou “para de beber se não vou levar tua filha”, aí eu falei “não, vou tentar parar né? Um pouquinho...”

Quanto à justificativa do uso da violência, 72,7% (N=8) dos responsáveis acreditam que essa é uma forma de educar. Nota-se que neste estudo é freqüente o uso da punição física e o abuso emocional pelos pais como forma de punir e corrigir seus filhos por mau comportamento, exemplos a seguir:

“Eu pensava que se bater ele aprende né”;

“..depois que eu bato nele eu vou lá e converso com ele e explico porque que eu fiz isso, que eu não quero que ele se torne uma pessoa sem educação, uma pessoa vulgar, uma pessoa de baixo nível! Tem que ter educação desde pequeno, tem que aprender a andar corretamente”

Em relação ao abuso emocional, a literatura mostra que essa forma de violência passa na maioria das vezes por questões culturais, fazendo com que pais considerem seus filhos sua posse exclusiva e acreditando que humilhá-los é a melhor forma de educar. Muitas vezes os pais desconhecem que tais

comportamentos também apresentam consequências para o desenvolvimento da criança (LIMA, 2004).

Entre os entrevistados, 18,1% (N=2) justificam a violência pelo estresse a que estão submetidos, como no relato de um dos responsáveis:

“bati de cinta nele, deixei ele marcado uma vez na perna, (...) mas por conta mesmo do stress”;

“Aí eu choro e penso ‘Deus, me dá força!’, porque é só eu né? Eu sou pai, mãe, tia, eu sou tudo pra eles... Então, nossa, teve um tempo desses que eu não tava mais agüentando”

Estudos têm mostrado que muitas crianças que são vítimas de violência doméstica o são em função de sentimentos negativos e estresse presentes nos responsáveis e com os quais os mesmos não conseguem lidar e, assim, raiva; ressentimento; impaciência e emoções negativas dos adultos as atingem como se elas fossem uma válvula de escape. Por isso, alguns autores pontuam que a violência doméstica contra crianças e adolescentes costuma ser funcional, provocando uma espécie de homeostase. Sua fragilidade física e de personalidade as tornam alvos fáceis do poder dos adultos (Lima, 2004).

Entre os entrevistados, 9,1% (N=1) acreditam que praticam a violência contra a criança como consequência de seus padrões familiares aprendidos, como mostra o relato de um dos responsáveis:

“achava que educava, foi assim que foi comigo, fui criada apanhando...”;

O estudo de Tondowski (2008) se propôs a pesquisar o histórico multigeracional de violência associada ao álcool, focando no tipo de violência, padrão de consumo de álcool, relações e crenças familiares. A partir dos resultados foi possível observar vários aspectos das relações familiares reproduzidos ao longo das gerações, como o tipo de violência, etapas do ciclo vital familiar e reação à violência. Os entrevistados relataram o aumento da violência e/ ou do abuso de álcool em momentos específicos do ciclo vital familiar, como por exemplo, desemprego e gestação. Foram observadas diferentes possibilidades de reação das vítimas no momento da agressão, sendo que as vítimas fugiram, revidaram ou não esboçaram nenhuma reação. Além disso, os resultados confirmam a reprodução multigeracional da violência familiar associada ao abuso de bebidas, com influência de aspectos culturais, crenças e valores familiares

No tema “Sentimentos Experimentados pelo Autor após a Violência”, 45,4% (N=5) relatam sentir culpa:

“fica um negocio na cabeça, aquele negócio de culpa sabe?”;

“Eu sinto (culpa), até choro...”;

“Na mesma hora eu parei, parece que, eu cai no chão e comecei a chorar...”

Por outro lado, 54,5% (N=6) não conseguem relatar sentimento. Entre os que não conseguem relatar sentimento estão também aqueles que acreditam que a violência é positiva para criança (N=1) e aqueles que não conseguem perceber seus atos como violência (N= 5).

Quanto à “Concepção das Consequências da Violência para as Crianças”, 18,1% (N=2) acredita que tem consequências positivas. Segundo um dos pais:

“pode até ter (consequência), mas eu vejo que o meu filho toma bastante consciência porque eu procuro explicar antes, vou avisando, vou avisando...”

Outra uma mãe fala:

“ah, elas tem que saber que estão sendo educadas. No tempo da gente a gente apanhava e sabia porque estava apanhando”.

Pode-se observar que esses pais acreditam que a punição física tem conseqüências positivas, pois acreditam ser uma forma de educar os filhos.

Observou-se que 54,5% (N=6) acreditam ter conseqüência negativas para o desenvolvimento da criança, porém não possuem em seu repertório outros recursos para lidar com seus filhos, recorrendo então a punição física e abuso emocional.

Uma das mães relata:

“então eu sei que não pode bater, que é chato bater, que dói, magoa a criança né? A criança fica pensativa demais... depois que eu bato eles fica mais revoltado, aí vai fazer coisa pior... Podia manejar mais né? Mas na hora da raiva minha filha, não me controlei não...”.

Entre os entrevistados, 27,2% (N=3) relatam não saber avaliar as consequências dos atos de violência cometidos para o desenvolvimento da criança, sendo agrupados na categoria “neutra”. Do total dos três responsáveis incluídos nesta categoria, dois deles demonstraram serem pais que abusam emocionalmente de seus filhos, mas não conseguem perceber seus atos como sendo uma forma de violência:

“porque assim, se você não cobrar um pouco ele vai levar tudo pelo banho-maria. Então se você começar a dar um pouco de cobrança ele vai se sentir responsável. Que nem eu falo pra ele “pra 18 só falta 10 anos, entendeu? Daqui a pouco tu vai tá com 18 anos e vai tá formado no que? Você vai tá estudando o que?”, é isso que eu falo pra ele”

Percebe-se haver uma tendência desses responsáveis em subestimar os efeitos da violência contra a criança como algo menos sério, acreditando que o impacto possa ser temporário e desaparecer no transcorrer do desenvolvimento infantil. No entanto, estudos têm evidenciado que o trauma infantil resultado da prática de violência deve ser considerado em função de seus efeitos imediatos e também de efeitos mais em longo prazo, pois muitas vezes as consequências mais imediatas não são evidenciadas (Day, 2003).

Dentro do tema “Relação entre Acontecimentos na Infância do Agressor e Ocorrência da Violência contra Criança”, 36,3% (N=4) dos responsáveis acreditam ter relação com as situações vividas em sua infância; 18,1% (N=2) afirmam não ter nenhuma relação com essas situações; e 45,4 (N=5) relatam não perceber se há ou não tal relação. Segundo o relato de um dos pais que acredita haver relação entre as situações que ele viveu na infância e a forma de atuar com seu filho hoje se pode observar na frase abaixo:

“Olha, até certo ponto igual, às vezes posso até exagerar um pouco, não tenho muita certeza... Mas a forma como eu fui criado me fez eu me tornar uma pessoa de bem hoje”.

Entre aqueles que não percebem se há ou não relação com as situações vividas em sua infância, pode-se ilustrar a partir do relato abaixo referido por um dos responsáveis:

“Acho que não (tem relação)... Eu pelo menos eu faço tudo pelos meus filhos, eu faço o que eu posso e o que eu não posso...”

O tema “Consumo de Álcool pelo Responsável no Momento em que a Violência Ocorreu” incluiu seis entrevistados, os que relataram consumir algum tipo de bebida alcoólica. Entre esses seis, quatro relataram não ter consumido álcool em nenhuma das situações em que a violência contra a criança ocorreu e dois referem ter consumido. Um dos que consumiu álcool obteve um escore no AUDIT que sugere dependência, enquanto o outro não apresenta consumo de risco e diz consumir álcool esporadicamente. Sabe-se que o consumo de álcool pelo agressor pode aumentar a chance da ocorrência da violência, assim como a gravidade do ato, suas conseqüências para a saúde da família e também a continuidade da ocorrência da violência (Fonseca, 2009).

7. Conclusões

Os resultados desse estudo indicam que pais que foram vítimas de violência física psicológica e negligência na infância tendem a repetir esse padrão com seus filhos. A partir disso sugere-se a necessidade de identificar esses pais, informando e conscientizando-os sobre as conseqüências de tal comportamento e oferecendo outras possibilidades que não a violência.

Neste estudo foi observado que muitos dos pais têm dificuldades em lidar com questões de comportamento de seus filhos, optando pela punição física e abuso emocional por não terem conhecimento de outros métodos. Através dos dados deste estudo, percebe-se a importância de realizar um trabalho preventivo, que contemple as dúvidas e questões que os responsáveis têm sobre educação, promovendo um espaço para escuta, informação e orientação desses responsáveis.

Além disto, faz-se importante conscientizar os pais sobre as conseqüências da violência para o desenvolvimento dessas crianças.

Somando-se aos itens anteriores, o uso do álcool pode ser um fator de risco para a presença de violência contra criança e ainda agravar os casos de violência, sendo elas de ordem física, emocional ou negligência, sendo importante identificar esses responsáveis que fazem uso abusivo ou já apresentam traços de dependência e promover um acompanhamento dos mesmos a fim de diminuir o risco de exposição a situações de violências ou os danos causados às crianças.

9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA – 2010. Disponível em < www.abep.org > Acesso em 27 de maio de 2010.

AZEVEDO, M. A. *Crianças vitimizadas: a síndrome do pequeno poder*. São Paulo: Iglu, 1989.

AZEVEDO, M. A. e GUERRA, V. N. A. *Mania de bater: a punição corporal doméstica de crianças e adolescentes no Brasil*. São Paulo: Editora Iglu, 2001.

BARBOR, T.F.; FUENTE, J.R.; SAUNDERS, J. & GRANT, M. AUDIT – The alcohol use disorders identification test: guidelines for use in primary health care. WHO (World Health Organization)/PAHO, 4:1-29, 1992.

BAUS J; KUPEK E; PIRES M. *Prevalence and risk factors associated with drug use among school students*. *Rev Saúde Pública*, 36: 40-46, 2002.

BELSKY, J. *Child maltreatment: An ecological integration*. *American Psychologist*. 35, 1980.

BERNSTEIN D. P; AHLUVALIA T; POGGE D; HANDELSMAN L. Validity of the Childhood Trauma Questionnaire in an adolescent psychiatric population. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*; 36: 340-348, 1997.

BERNSTEIN D. P; LINK L. *Childhood Trauma Questionnaire. A Retrospective Self Report. Manual*. The Psychological Corporation: Harcourt Brace & Company (San Antonio); 1998.

BERNSTEIN D. P; STEIN J. A; NEWCOMB M. D; WALKER E; POGGE D; AHLUVALIA T; STOKES J; HANDELSMAN L; MEDRANO M; DESMOND D; ZULE W. Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Child Abuse Negl*, 27(2):169-190; 2003.

BERNSTEIN D; FINK L; HANDELSMAN L; FOOTE J; LOVEJOY M; WENZEL K; SAPARETO E; RUGGIERO J. Initial reliability and validity of a new retrospective measure of child abuse and neglect. *Am J Psychiatry*, 151: 1132-1136, 1994.

BRASIL. ESTATUTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE (ECA) - Lei Federal nº 8.069, Imprensa Oficial, CONDECA, 2000.

CARLINI E. A; GALDURÓZ J. C. F; NOTO A. R; NAPPO S. A. *I Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil: Estudo Envolvendo as 107 Maiores Cidades do País: 2001*. São Paulo : CEBRID – Centro Brasileiro de

Informações Sobre Drogas Psicotrópicas : UNIFESP – Universidade Federal de São Paulo, 2002.

CARLINI, E. A. et al. *II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país*. São Paulo, 2005.

CEBRID - Centro Brasileiro de Informação sobre Drogas Psicotrópicas: UNIFESP - Universidade Federal de São PAULO, 2006.

CHERPITEL CJS, ROSOVSKY H. Alcohol consumption and casualties: a comparison of emergency room population in the United States and Mexico. *J Stud Alcohol* 1990; 51: 319-26.

COSTA, M. C. O. *O perfil da violência contra crianças e adolescentes, segundo registros de Conselhos Tutelares: vítimas, agressores e manifestações de violência*. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12(5):1129-1141, 2007.

DAY, V. P. et al. *Violência doméstica e suas diferentes manifestações*. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, v. 25, n. 1, p. 9-21, 2003.

DE LORENZI D.R.S, PONTALTI L, FLECH R. M. *Maus tratos na infância e adolescência: análise de 100 casos*. *Rev Cien AMECS*. 2001;10(1):47-52., 2001.

DE MICHELI D, FORMIGONI M. L. O. S. *Drug use by Brazilian students: associations with family, psychosocial, health, demographic and behavioral characteristics*. *Addiction*., 99: 570-578, 2004.

EUROPEAN MONITORING CENTER FOR DRUGS AND DRUG ADDICTION - E.M.C.D.D.A. - *Extended annual report on the state of drugs problems in the European Union*. Belgium. Lisbon: Imprensa Nacional Casa da Moeda; 1999.

ERTEM, L. O. Intergenerational continuity of child physical. abuse: How good is the evidence? *Lancet*, 356: 814–819, 2000)..

FIGLIE, N.B.,; PILLON, S.C.,; LARANJEIRA, R. & DUNN, J. (prelo) – *AUDIT identifica a necessidade de interconsulta específica para dependentes de álcool no hospital geral?* *J Bras Psiquiatria*, 46: 589-593, 1997.

FONSECA, A. M. GALDURÓÓZ, J.C. F. TONDOWSKI, C. S. e NOTO, A. R. *Padrões de violência domiciliar associada ao uso de álcool no Brasil*. *Rev. Saúde Pública* [online]. 2009, vol.43, n.5, 2009.

FRANÇA-JUNIOR, I. *Child sexual abuse: a comprehensive approach based on Epidemiology and Human Rights*, *Interface - Comunic, Saúde, Educ*, v.7, n.12, p.23-38, 2003.

GALDURÓZ J. C. F; NOTO A. R; NAPPO A. S; CARLINI E. A. *Household survey on drug abuse in Brazil: Study involving the 107 major cities of the country – 2001. Addict Behav*, 30: 545-556, 2005.

GALDURÓZ J. C. F. NOTO A. R; CARLINI E. A. *IV Levantamento sobre o uso de drogas entre estudantes de 1o e 2o graus em 10 capitais brasileiras 3/4 1997*. São Paulo; Universidade Federal de São Paulo. Centro Brasileiro de Informações sobre drogas psicotrópicas 3/4 CEBRID; 1997. p.130.

GIANINI R, LITVOC J, Neto J. E. Agressão física e classe social. *Rev Saúde Pública* 1999; 33(2).

GRAHAM K, BERNARDS S; MUNNÉ M; WILSNACK S. *Unhappy Hours: Alcohol and Partner Aggression in the Americas*. Pan American Health Organization. Washington, D.C.: PAHO, 2008.

GRAHAM K, PLANT M, PLANT M. *Alcohol, gender and partner aggression: a general population study of British adults. Addiction Res Theory*. 2004;12(4):385–401.

GRAHAM K, PLANT M, PLANT M. *Alcohol, gender and partner aggression: a general population study of British adults. Addiction Res Theory*. 12(4):385–401, 2004.

INSTITUTO DE PSICOLOGIA – USP : Laboratório de Estudos da Criança. Disponível em < <http://www.ip.usp.br/laboratorios/lacri> > Acesso em 02 de maio de 2010.

LEONARD K. E. *Alcohol and intimate partner violence: when can we say that heavy drinking is contributing cause of violence? Addiction*, 100(4):422–5, 2005.

LIMA, C. A. *Violência faz mal a saúde*. Brasília: Ministério da saúde, 2004.

LOCKE T. F; NEWCOMB M. D. Childhood Maltreatment, Parental Alcohol/Drug-Related Problems, and Global Parental Dysfunction. *Profis Psychol Res Practice*, 34: 73–79, 2003.

LOCKE T. F; NEWCOMB M. D. Child Maltreatment, Parent Alcohol/Drug-Related Problems, Polydrug Problems, and Parenting Practices: A Test of Gender Differences and Four Theoretical Perspectives. *J Fam Psychology*, 18: 120-134, 2004.

MINAYO M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec/Abrasco; 1992.

NOTO A.R; CARLINI-COTRIM B; CARLINI E. A. Inpatients in treatment for drug and alcohol dependence: a study in Brazil (1987-1995). *Poster presentation at the Annual Meeting of the Research Society on Alcoholism*, San Francisco, California, USA, 1997.

OLIVEIRA J. B, LIMA M. C. P, SIMÃO M. O, CAVARIANI M. B, TUCCI A. M, KERR-CORRÊA F. *Violência entre parceiros íntimos e álcool: prevalência e fatores associados*. Rev Panam Salud Publica. 26(6):494–501, 2009.

PeNSE - Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar 2009 disponível em < www.ibge.gov.br> Acesso em 01 de maio de 2010.

POLANCZYK, G.V. et al. *Violência sexual e sua prevalência em adolescentes de Porto Alegre*. Brasil: Rev Saúde Pública . 2003;37(1):8-14, 2003.

PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA. *Violência na Infância e Adolescência in Rede de proteção à criança e ao adolescente em situação de risco para a violência: volume I - Manual de Atendimento*, 2002.

ROSAS, F. K. CIONEK. M.I.G.D. *o impacto da violência doméstica contra crianças e adolescentes na vida e na aprendizagem*. Conhecimento Interativo, São José dos Pinhais, PR, v. 2, n. 1, p. 10-15, jan./jun. 2006

SAMHSA – Substance abuse and mental health services administration. *Results from the 2001 national household survey on drug abuse*. U.S. Government Printing Office, 2002.

PREFEITURA DE SANTOS. *Normativa: Centro de Valorização da Criança*. 2008

SILVA, L. M. P. *Violência doméstica contra a criança e o adolescente*. Recife: EDUPE, 2002.

STATSOFT INC. *Statistica Tulsa*, 1997.

TONDOWSKI, C. S. *Padrões Multigeracionais De Violência Familiar Associada Ao Abuso De Bebidas Alcoólicas: Um Estudo Com Genograma*. São Paulo, 2008. 120 f. Tese (Doutorado em Ciências) – Departamento de Psicobiologia. Universidade Federal de São Paulo, São Paulo

TUCCI, A. M. *Fatores associados ao uso abusivo de substâncias psicoativas: história de abuso e negligência na infância, história familiar e co-morbidades psiquiátricas*. São Paulo, 2005. 221 f. Tese (Doutorado em Ciências) – Departamento de Psicobiologia. Universidade Federal de São Paulo, São Paulo.

TUCCI, A. M.; KERR-CORRÊA, F.; SOUZA-FORMIGONI, M. L. O. Childhood trauma in substance use disorder and depression: An analysis by gender among a Brazilian clinical sample. *Child Abuse Negl*, 34: 95-104, 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *World Report on Violence and Health*. Geneva. 2002.

10. ANEXOS

ANEXO 1

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo "Avaliação de casos de violência doméstica contra a criança". Eu discuti com o Dra. Adriana Marcassa Tucci sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu atendimento neste Serviço.

Em qualquer etapa do estudo, você pode ter acesso ao principal investigador da pesquisa, a Profa. Dra Adriana Marcassa Tucci que pode ser encontrada no endereço Av. Ana Costa, 95, Vila Mathias, telefone(s) 3232-2569. Se você(s) tiver(em) alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre(m) em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), Rua Botucatu, 572, 1º andar, cj 14, telefone (11) 5571-1062, e-mail: cepunifesp@epm.br

Assinatura do paciente/representante legal

Data ____/____/____

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste paciente ou representante legal para a participação neste estudo.

Assinatura do responsável pelo estudo

Data ____/____/____

ANEXO 2

CHILDHOOD TRAUMA QUESTIONNAIRE

INSTRUÇÕES

Estas questões dizem respeito a algumas de suas experiências quando você era criança e adolescente. Embora, estas questões sejam de natureza pessoal, por favor, tente responder o mais honestamente possível. Para cada questão, circule o ponto baixo da resposta que melhor descreve como você se sente. Se você desejar mudar sua resposta, coloque um **X** dentro desta e circule sua nova escolha.

Exemplo de resposta correta:

Primeira resposta

Nunca	Raramente	Algumas vezes	Com frequência	Com muita frequência
•	•	•	•	•

Mudança de resposta

Nunca	Raramente	Algumas vezes	Com frequência	Com muita frequência
•	•	•	•	•

CHILDHOOD TRAUMA QUESTIONNAIRE

Quando eu estava em crescimento ...	Nunca	Raras Vezes	Algumas Vezes	Muitas Vezes	Muito Frequente	Escala *	Pontuação **
1. Eu não tinha comida suficiente para comer.	•	•	•	•	•	NF	+
2. Eu sabia que havia alguém para cuidar de mim e me proteger.	•	•	•	•	•	NF	-
3. As pessoas da minha família me chamavam de coisas como "preguiçoso", "estúpido", "feio".	•	•	•	•	•	ABE	+
4. Meus pais eram muito bêbados para cuidar da família.	•	•	•	•	•	NF	+
5. Havia alguém em minha família que fazia com eu me sentisse importante ou especial.	•	•	•	•	•	NE	-
6. Eu tinha que usar roupas sujas.	•	•	•	•	•	NF	+
7. Eu me sentia amado.	•	•	•	•	•	NE	-
8. Eu pensava que meus pais desejavam que eu nunca tivesse nascido.	•	•	•	•	•	ABE	+
9. Alguém da minha família me batia tão forte que eu tinha que ir ao médico ou ao hospital.	•	•	•	•	•	ABF	+
10. Não havia nada que eu queria mudar em minha família.	•	•	•	•	•	M	
11. Pessoas da minha família me batiam tão forte que me deixavam com marcas ou machucado	•	•	•	•	•	ABF	+
12. Eu era punido com cinto, corrente, vara, cordão ou qualquer outro objeto que machucava.	•	•	•	•	•	ABF	+
13. As pessoas da minha família se preocupavam uns com os outros.	•	•	•	•	•	NE	-
14. As pessoas da minha família diziam coisas que magoavam, ofendiam ou que me insultavam.	•	•	•	•	•	ABE	+
15. Eu acredito que fui abusado fisicamente.	•	•	•	•	•	ABF	+
16. Eu tive uma infância perfeita.	•	•	•	•	•	M	
17. Eu apanhava tanto que isto era percebido por alguém como professora, vizinho ou médico.	•	•	•	•	•	ABF	+
18. Eu sentia que alguém da minha família me odiava.	•	•	•	•	•	ABE	+
19. As pessoas da minha família sentiam-se próximas umas das outras.	•	•	•	•	•	NE	-
20. Alguém tentou me tocar de forma sexual, ou tentou fazer com que eu o (a) tocasse.	•	•	•	•	•	ABS	+
21. Alguém ameaçava me machucar ou falar mentiras sobre mim se eu não fizesse coisas sexuais com ela (s).	•	•	•	•	•	ABS	+
22. Eu tive a melhor família do mundo.	•	•	•	•	•	M	

23. Alguém tentou fazer coisas sexuais em mim ou que eu assistisse cenas sexuais.	•	•	•	•	•	ABS	+
24. Alguém me molestou.	•	•	•	•	•	ABS	+
25. Eu acredito ter sido emocionalmente abusado.	•	•	•	•	•	ABE	+
26. Havia alguém que me levava ao médico quando eu precisava.	•	•	•	•	•	NF	-
27. Eu acredito ter sido sexualmente abusado.	•	•	•	•	•	ABS	+
28. Minha família foi uma fonte de força e apoio.	•	•	•	•	•	NE	-

* Esta coluna não pertence ao instrumento e é apresentada para assinalar a que subscala se refere

ABF = abuso físico

ABE = abuso emocional

ABS = abuso sexual

NE = negligência emocional

NF = negligência emocional

M= minimização

** Esta coluna não pertence ao instrumento e é apresentada para assinalar o sentido da pontuação.

Quando o sentido é + nunca =1, Raras Vezes= 2, Algumas Vezes=3, Muitas Vezes=4, Muito Freqüente=5. Quando o sentido é - nunca =5, Raras Vezes=4, Algumas Vezes=3, Muitas Vezes=2, Muito Freqüente=1.

ANEXO 3**AUDIT**

Nome: _____

Data: ____/____/____

Leia as questões abaixo e assinale a alternativa mais apropriada ao seu padrão de consumo.

Especifique qual a bebida utilizada: _____

1- Qual a frequência do seu consumo de bebidas alcoólicas?

|__|

- (0) Nenhuma (2) 2 a 4 vezes por mês (4) 4 ou mais vezes por semana
(1) Uma ou menos de uma vez por mês (3) 2 a 3 vezes por semana

2- Quantas doses contendo álcool você consome num dia típico quando você está bebendo?

|__|

- (0) Nenhuma (2) 3 a 4 (4) 7 a 9
(1) 1 a 2 (3) 5 a 6 (5) 10 ou mais

3- Qual a frequência que você consome 6 ou mais doses de bebidas alcoólicas em uma ocasião?

|__|

- (0) Nunca (2) Mensalmente (4) Diariamente ou quase diariamente
(1) Menos que mensalmente (3) Semanalmente

4- Com que frequência durante os últimos 12 meses você percebeu que não conseguia parar de beber uma vez que havia começado?

|__|

- (0) Nunca (2) Mensalmente (4) Diariamente ou quase diariamente
(1) Menos que mensalmente (3) Semanalmente

5- Quantas vezes durante o ano passado você deixou de fazer o que era esperado devido ao uso de bebidas alcoólicas?

|__|

- (0) Nunca (2) Mensalmente (4) Diariamente ou quase diariamente
(1) Menos que mensalmente (3) Semanalmente

6- Quantas vezes durante os últimos 12 meses você precisou de uma primeira dose pela manhã para sentir-se melhor depois de uma bebedeira?

|__|

- (0) Nunca (2) Mensalmente (4) Diariamente ou quase diariamente
(1) Menos que mensalmente (3) Semanalmente

7- Quantas vezes durante o ano passado você se sentiu culpado ou com remorso depois de beber?

|__|

- (0) Nunca (2) Mensalmente (4) Diariamente ou quase diariamente
(1) Menos que mensalmente (3) Semanalmente

8- Quantas vezes durante o ano passado você não conseguiu lembrar o que aconteceu na noite anterior por que você estava bebendo?

I__I

(0) Nunca

(2) Mensalmente

(4)

Diariamente ou quase diariamente

(1) Menos que mensalmente

(3) Semanalmente

9- Você foi criticado pelo resultado das suas bebedeiras?

I__I

(0) Nunca

(2) Mensalmente

(4) Diariamente

ou quase diariamente

(1) Menos que mensalmente

(3) Semanalmente

10- Algum parente, amigo, médico ou qualquer outro trabalhador da área da saúde referiu-se às suas bebedeiras ou sugeriu a você parar de beber?

I__I

(0) Nunca

(2) Mensalmente

(4) Diariamente

ou quase diariamente

(1) Menos que mensalmente

(3) Semanalmente

ESCORE TOTAL:

I__I__I

ANEXO 4



Universidade Federal de São Paulo
Escola Paulista de Medicina

Comitê de Ética em Pesquisa
Hospital São Paulo

São Paulo, 10 de Dezembro de 2010.

CEP 1878/10

Ilmo(a). Sr(a).

Pesquisador(a) ADRIANA MARCASSA TUCCI

Co-Investigadores:

Disciplina/Departamento: CIÊNCIAS DA SAÚDE/Psicologia/BAIXADA SANTISTA da Universidade Federal de São

Paulo/Hospital São Paulo

Patrocinador: CNPq.

PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA INSTITUCIONAL

Ref: Projeto de pesquisa intitulado: “**Avaliação de casos de violência contra criança**”.

CARACTERÍSTICA PRINCIPAL DO ESTUDO: Estudo observacional, qualitativo..

RISCOS ADICIONAIS PARA O PACIENTE: Sem risco, nenhum procedimento invasivo.

OBJETIVOS: Analisar casos de violência domiciliar ocorridas contra crianças que se encontram em atendimento em uma Unidade de Saúde Mental do município de Santos..

RESUMO: Estudo qualitativo e quantitativo, serão utilizados instrumentos quantitativos para maior compreensão do problema a ser investigado. Os responsáveis pelas crianças serão avaliados em relação à presença de traumas na infância ou adolescência pelo CTQ e em relação ao consumo de bebidas alcoólicas pelo AUDIT. As entrevistas serão norteadas por um roteiro semi-estruturado e gravadas mediante consentimento dos entrevistados. O roteiro das entrevistas consistirá de questões sobre o consumo de álcool pelos responsáveis pela criança no momento em que a violência aconteceu, a ocorrência ou não de denúncia, e se não, entender as razões pelas quais isto não ocorreu; concepção que os responsáveis pela criança têm a respeito da intensidade da violência, da relação da mesma com o consumo de álcool e das consequências de tal violência para a criança..

FUNDAMENTOS E RACIONAL: Os resultados deste estudo poderão contribuir para a formulação de políticas públicas de prevenção e assistência à criança vítima de violência doméstica..

MATERIAL E MÉTODO: Descritos e apresentados os instrumentos que serão utilizados na pesquisa.

TCLE: Apresentado adequadamente, de acordo com a res 196/96.

DETALHAMENTO FINANCEIRO: CNPq.

CRONOGRAMA: 12 Meses.

OBJETIVO ACADÊMICO: Graduação.

ENTREGA DE RELATÓRIOS PARCIAIS AO CEP PREVISTOS PARA: 5/12/2011 e 4/12/2012.

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo/Hospital São Paulo **ANALISOU e APROVOU**

o projeto de pesquisa referenciado.

1. Comunicar toda e qualquer alteração do projeto e termo de consentimento livre e esclarecido. Nestas circunstâncias a inclusão de pacientes deve ser temporariamente interrompida até a resposta do Comitê, após análise das mudanças propostas.
2. Comunicar imediatamente ao Comitê qualquer evento adverso ocorrido durante o desenvolvimento do estudo.
3. Os dados individuais de todas as etapas da pesquisa devem ser mantidos em local seguro por 5 anos para possível auditoria dos órgãos competentes.

Atenciosamente,



Prof. Dr. José Osmar Medina Pestana

Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa da

Universidade Federal de São Paulo/ Hospital São Paulo